

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN GERBET-BOURGUINE

De la Faculté de Médecine de Paris

Né à Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées) le 26 Mars 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF

DE LA

TROMPE DE FALLOPE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929



THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1929

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN GERBET-BOURGUINE

De la Faculté de Médecine de Paris

Né à Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées) le 26 Mars 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF

DE LA

TROMPE DE FALLOPE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÆPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUFUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTÉTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR MARIE-THÉRÈSE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Hommage d'attachement filial et
d'affectueuse reconnaissance.*

A MA SOEUR ANNA, A MON FRÈRE MARCEL

Témoignage de profond amour fraternel.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BROCA
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse, nous adressons l'hommage
de notre profonde reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR DOUAY

CHEF DES TRAVAUX GYNÉCOLOGIQUES A L'HÔPITAL BROCA
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré ce travail et nous
a guidé de ses précieux conseils.
Qu'il veuille trouver ici l'expres-
sion de notre sincère gratitude.*

Introduction

L'épithélioma primitif de la trompe de Fallope est une affection rare.

M. le D^r Douay a bien voulu nous confier, pour en faire le sujet de notre thèse, deux observations de ces tumeurs relevées à l'Hôpital Broca, dans le service de M. le Professeur J.-L. Faure, dont nous avons souvent suivi l'enseignement.

Nous devons aussi à l'obligeance de M. le D^r Le Balle, chef de clinique chirurgicale à Rennes, une troisième observation de cancer tubaire primitif, accompagnée d'une importante étude anatomo-pathologique et clinique.

Parmi les travaux d'ensemble publiés récemment sur la question, il faut retenir surtout la thèse de Biar (Paris, 1924), qui, reprenant la statistique de 115 cas publiés par Anduze-Acher, en 1911, portait à 213 le nombre des observations d'épithélioma des oviductes.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis d'en rassembler 26 nouvelles (les nôtres non comprises), ce qui porte à 242 au moins le chiffre total des cas de cancer primitif de la trompe de Fallope connus à ce jour.

Historique

C'est en 1847, pour la première fois, que Raynaud publie un cas de cancer primitif de la trompe, dont il fait une excellente étude macroscopique. Se basant sur cette description, A. Doran a cru pouvoir conclure qu'il s'agissait bien en effet, d'un épithélioma primitif.

En 1880, le P^r Schröder, de Berlin, affirme que le carcinome de la trompe est toujours secondaire ; Follin et Duplay partagent la même opinion.

C'est à Orthmann, en 1888 (*Zentralblatt für Gynäk.*), que revient le mérite d'avoir décrit le premier un cas incontestable de cancer primitif de l'oviducte observé avec A. Martin. Rassemblant les observations de cette affection publiées jusqu'alors, il en fait une étude critique rigoureuse et n'en retient que 13 : c'est le premier travail d'ensemble paru sur la question.

En 1895, Max Säuger et Justus Barth esquissent l'histoire clinique de ce néoplasme en s'appuyant sur 17 cas authentiques. Leur travail présente une grande importance et la classification anatomo-pathologique qu'ils adoptent est admise par la plupart des auteurs.

Quant aux traités classiques de l'époque, ils sont presque tous muets sur ce sujet : Bonnett et Petit, Labadie-

Lagrange-Legueu lui consacrent seulement quelques lignes, et c'est à peine si Pozzi, en 1897, fait une très brève étude de ce cancer, en soulignant son extrême rareté.

Macrez (Thèse de Paris, 1899), étudie les tumeurs papillaire de la trompe. La même année, Duret publie dans la « Revue de Gynécologie » un article sur la question et Danel fait dans sa thèse de Paris une excellente description anatomo-pathologique de ces néoplasmes dont il réunit 29 cas.

En 1901, Quénu et Longuet, dans un important mémoire, font une étude très documentée des tumeurs de la trompe de Fallope ; ils insistent particulièrement sur le cancer primitif dont ils rassemblent 38 observations.

En 1903, Peham (Zeitschr. f. Gebur. und Gynak.) fait connaître 3 cas de carcinomes bilatéraux que l'on avait pris pour des annexites banales. Il établit une statistique réunissant 62 cas de cancers primitifs et passe en revue les opinions des principaux auteurs.

En 1909, les Professeurs Gosset et Lecène publient chacun un cas d'épithélioma de la trompe qu'ils font suivre de commentaires.

En 1911, Bourrély (Thèse de Montpellier) passe en revue les tumeurs tubaires et porte à 111 le nombre des cas de cancers primitifs.

Einsle, dans la thèse de Munich (1913), rapporte 127 cas, mais 4 sont douteux et doivent être éliminés, si bien que sa statistique se trouve ramenée à 123 cas.

En 1923, dans « Gynécologie et Obstétrique », Guille-

min et Morlot publient un cas de cancer tubaire dont ils font une étude anatomo-pathologique.

La même année, Favreau (Thèse Paris), relate un cas observé à l'hôpital Broca, dans le service de M. le P^r J.-L. Faure et Bright Banister en rapporte un troisième dans « *Proceedings of the Royal Society* » (Section of Obstetr. and Gyn.).

Depuis la thèse de Biar déjà signalée, le carcinome tumaire a fait l'objet de nouvelles communications. En 1924, paraissent dans « *Zentralblatt für Gynäkologie* » les observations de Steinweg, Pinsohn (2 cas), Fleischer, Beck et Floris.

En 1926, la même revue signale les cas de Schlaak, Beck, Karl Heil et Hermann Hurtz.

En 1927, Barrows fait connaître 3 cas dans le « *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire* ».

Egon Kittler, Buttner, Engelhorn, Hornung relatent chacun un nouveau cas et Bulteman deux dans *Zentral für Gyn.*

Estève, dans sa thèse de Montpellier, développe une observation due au P^r Massabuau. Enfin Engelkens en signale une autre dans « *Tydschr. v. Geneesk. Haarlem* ».

En 1928, G. Haselhorst et Gerhard Orzechowski, dans « *Zent. f. Gyn.* », donnent connaissance chacun d'un nouveau cas.

En 1929, dans le numéro d'avril de la revue « *Gynécologie et Obstétrique* », Le Balle et Patay ont publié un mémoire sur l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope.

Anatomie Pathologique

On s'est toujours plu à considérer l'épithélioma primitif tubaire comme une tumeur très rare. Ceci tient sans doute à ce fait qu'il est quelquefois confondu avec des affections annexielles chroniques, qui sont d'observation courante et dont le tableau clinique ressemble de très près à celui du cancer de l'oviducte.

Le cas d'Osterloh est à ce point de vue très instructif. Après avoir extirpé un gros sac annexiel, l'auteur le prit pour un pyosalpinx, mais un an après, des métastases s'étant produites, la pièce conservée fut étudiée au microscope : il s'agissait d'un carcinome.

« L'observation de Gosset, dit le P^r Lecène, confirme encore cette opinion et montre que sans examen histologique systématique, on peut parfaitement méconnaître un néoplasme tubaire et le prendre pour une lésion annexielle banale ».

Aspect macroscopique

A l'ouverture de la cavité abdominale, des noyaux métastatiques ou des nodules expulsés par l'ostium abdominal apparaissant entre les franges du pavillon ou

leurs reliquats, peuvent trahir l'existence d'un épithélioma tubaire (cas de Favreau, Beck, Haselhorst).

En général, il n'en est pas ainsi et (comme dans nos deux premières observations) c'est seulement à l'incision de la trompe que l'on s'aperçoit qu'au lieu de contenir du pus elle renferme un liquide plus ou moins clair, dans lequel baignent des villosités implantées sur la paroi et reconnues cancéreuses à l'examen microscopique.

SIÈGE.

La tumeur peut être uni ou bilatérale ; lorsqu'elle est bilatérale, les lésions prédominent d'un côté (Danel). L'épithélioma siège plus souvent à droite qu'à gauche. Parmi les 29 cas que nous avons rassemblés, la tumeur intéresse 11 fois la trompe droite, 8 fois la gauche ; 4 fois elle est bilatérale. Dans la statistique des 242 cas connus, on note 157 cancers unilatéraux et 78 bilatéraux ; la proportion de bilatéralité est donc sensiblement du tiers.

SITUATION.

« L'épithélioma de la trompe se développe rarement dans l'abdomen » (Cullen). — Dans la généralité des cas, la tumeur occupe le petit bassin et flanque très souvent l'utérus ; elle se trouve parfois en arrière de celui-ci et du ligament large où elle était incluse dans le cas de Boursier.

Dans l'observation de Favreau, elle était coudée au-dessus et en arrière de l'utérus, dans celle d'Ollivier et Martin elle reposait sur le fond et la face postérieure de cet organe. En somme, il n'y a rien là, ainsi que le font remarquer Quénu et Longuet, qui distingue le cancer de la salpingite banale.

CONNEXIONS.

Si l'affection est au début et que le ligament large ne soit pas encore envahi, la tumeur est ordinairement mobile. Il arrive souvent qu'au moment de l'intervention elle se trouve à un stade avancé de son développement et les adhérences sont déjà nombreuses. Elles peuvent unir la trompe à l'utérus (2^e cas de Beck, Favreau, Pinsohn), à l'ovaire (Banister), au ligament large (Boursier, un cas de Biar), au ligament rond (Favreau), au grand épiploon, à l'intestin (Doran), à l'utérus (Floris), à la paroi abdominale (1 cas de Beck), à l'appendice, à la vessie et au rectum. Ces connexions étaient assez intimes dans le cas de Doran pour rendre l'extirpation impossible. Elles peuvent être de nature inflammatoire ou résultent de l'envahissement néoplasique (Fischel).

VOLUME.

Le volume de la trompe dépend plus de la quantité de liquide sécrété que des végétations qui la remplissent. Les dimensions du néoplasme varient de celles d'une grosse lentille comme dans un cas signalé par Biar, à

celles d'une tête d'adulte (Orthmann). Dans l'observation de Barriss, la tumeur mesurait 36 centimètres de circonférence. Elle était du volume d'une anse intestinale (Floris), d'une orange (Estève, 1^{er} cas de Beck), d'une mandarine (dans un cas de Biar et dans notre 3^e observation).

FORME.

Tout l'oviducte prend rarement part à la formation du cancer. En général, celui-ci siège au niveau de la moitié ou des deux tiers externes de la trompe et se trouve donc séparé de l'utérus par une portion d'organe plus ou moins altéré.

La forme la plus commune du néoplasme est celle d'une dilatation cylindrique renflée à son extrémité externe. La tumeur peut ressembler à un saucisson (Raabe, Schafer), à un fuseau (Quénu), à une cornemuse, à une poire (Favreau). Le renflement brusque qui vient souvent s'ajouter à la partie externe de la trompe dilatée est dû quelquefois à la coexistence d'un kyste ovarique accolé au pavillon (Buret, Westermarck et dans notre première observation).

DIRECTION.

Elle est commandée par la situation de la tumeur qui n'est pas toujours transversale. Dans un cas de Biar les deux trompes sont renversées en arrière ; l'oviducte peut être aussi incurvé comme dans le cas de Philipps.

« Parfois, disent Quénu et Longuet, la trompe présente un certain degré d'enroulement sur elle-même qui peut aller jusqu'à la torsion du pédicule ».

Le fait a été noté par Egon, Kittler et Steinweg ; dans le cas de Pinsohn, le pédicule était tordu cinq fois ; ce phénomène serait dû, d'après ces auteurs, aux mouvements péristaltiques de la trompe.

SURFACE EXTÉRIEURE.

Elle est tantôt lisse (Sencert, Favreau), tantôt bosselée (1^{er} cas de Beck, Duret et dans notre 3^e cas), dans l'observation de Schäfer, elle revêt un aspect goudronné. Ces irrégularités sont dues à des néoformations inflammatoires ou à la présence de noyaux secondaires intra-pariétaux (Pilliet, Duret).

COLORATION.

Souvent, elle n'est pas mentionnée par les auteurs. Elle est quelquefois normale, comme dans notre première observation ; elle peut être aussi bleuâtre (Eckardt), feuille morte (Rontier), rosée (Boursier), violacée (un cas de Quénu et Longuet), marbrée (Kustner), jaunâtre avec des taches sombres dans une observation de Schäfer.

Cette diversité de teintes dépend de l'état de dégénérescence et de vascularisation de la tumeur qui varie elle-même suivant le degré d'inflammation concomitante et la disposition du pédicule.

CONSISTANCE.

Elle est en général élastique au niveau des parties renflées, ferme et dure au niveau du pédicule.

PAROIS ET CONTENU DU SAC.

Les parois de la trompe, le pédicule y compris, présentent souvent une « induration scléreuse » et sont épaissies (Schaak, 2^e cas Beck) ; elles le sont d'autant plus que le contenu liquide une fois évacué, elles subissent une sorte de rétraction. Dans d'autres cas elles sont infiltrées par le néoplasme et ne présentent plus que la minceur d'une feuille de papier (Barriss, Mœnch).

A l'ouverture de la poche s'écoule un liquide de nature et de coloration variables. Sa quantité peut aller d'une cuillerée à café à 300 centimètres cubes dans un cas de Biar ; parfois même il peut faire entièrement défaut (Guillemin).

Il s'agissait d'une sérosité claire et rosée dans les cas de Hubert Roberts, de Jacobson, de Kittler et dans deux de nos observations. Ce liquide peut être aussi jaune citrin (Danel), jaune foncé (Delaunay), roussâtre (Estève), brunâtre, visqueux et filant (Haselhorst et dans notre 1^{re} observation), rarement purulent (Biar), séro-sanguinolent (2^e cas de Bulteman). C'était du sang pur avec caillots comme dans certains hémato-salpinx (Wynter, Essex, Mériel) ; Routier, dans son observation, note la présence d'un liquide noirâtre avec masse fibrineuses. Cette sécrétion hémorragique, jointe à la fétidité sou-

vent mentionnée, sont conformes à ce que nous constatons couramment dans les cancers.

Signalons enfin que dans un cas de Doran, le contenu tubaire ressemblait à celui d'un kyste dermoïde.

Prolifération épithéliale

Elle peut présenter le type papillaire, le type médullaire et le type squirrheux.

1°) TYPE PAPILLAIRE

« Toutes les néoformations de la muqueuse tubaire, tant bénignes que malignes ont pour caractère commun de se présenter avec une structure papillaire ». Cette structure se retrouve du reste sur toute l'étendue de l'appareil génital de la femme, de la vulve à l'ovaire. Au surplus, qu'il s'agisse d'un papillome bénin, d'un sarcome ou d'un carcinome, l'aspect macroscopique est toujours le même.

« Les villosités, dit Macrez, s'implantent sur la paroi ; elles sont plus ou moins longues ; certaines sont divisées à leur extrémité libre. Elles sont cylindriques ou conoïdes, quelques-unes en forme de massue et sont indépendantes les unes des autres ».

Ces végétations sont molles, friables et leur extrémité se détache souvent par parcelles. La trompe remplie d'excroissances est quelquefois fermée et devient ainsi un véritable kyste (Micknoff, Fabricius). Les végétations présentent une coloration variable : elles sont

blanc d'ivoire dans nos deux premières observations, et dans celle de Banister blanc-grisâtre (Estève), jaunâtres, verdâtres, rosées (Lecène), rouge sombre, marbrées (Kustner).

Ces excroissances papillaires se fixent sur la muqueuse, le plus souvent au niveau de l'ampoule de Henlé ; dans un cas de Kundrat cependant, elles siégeaient aussi sur l'isthme et sur les franges du pavillon. Elles peuvent présenter deux types : nodulaire et diffus.

1°) Dans le type nodulaire, les masses bourgeonnantes, finement ramescentes à leur extrémité, sont en général fixées à la paroi par un pédicule unique. Il en était ainsi dans le cas de Delbet et Tuffier : « Au niveau du pédicule, la tumeur a traversé toute l'épaisseur de la trompe ; mais tandis que ce prolongement n'est guère plus gros qu'un pois, la tumeur principale, intra-tubaire, a presque le volume du poing ». La première malade de Bulteman présentait une tumeur encapsulée et reliée à la trompe par un pédicule.

2°) Dans le type diffus on trouve une série de végétations irrégulières s'étendant en surface et en profondeur. Cette forme est moins fréquemment notée que la précédente ; elle est décrite dans l'observation de Banister.

2°) TYPE MÉDULLAIRE, ENCÉPHALOIDE

Il est des cas où l'aspect papillaire est peu net, où la tumeur est molle, friable, comparée par Säuger au cerveau d'un enfant et présente de gros foyers hémorragi-

ques et nécrotiques. Cet aspect est dû à la pauvreté de la trame conjonctive et à l'extrême abondance du tissu épithélial. Il en était ainsi dans les cas de Quénu et Longuet, Routier, Fonyò, Kustner.

3°) TYPE SQUIRRHEUX

Ce type est caractérisé, à l'inverse du précédent, par la prédominance du tissu conjonctif sur le tissu épithélial. Nié par Säuger et Barth, il ne s'observe en réalité que très rarement au niveau des oviductes. Il a été signalé pour la première fois par Quénu et Longuet, sous l'aspect « d'une tumeur dure, présentant à la coupe un aspect lardacé » ; Caraven et Lerat le mentionnent aussi, de même que Fonyò.

Etat des orifices tubaires

L'ostium abdominal est en général obturé ; il était en particulier dans l'observation de Le Balle. D'après Doran, il se ferme de bonne heure quand la tumeur est maligne. Cette occlusion semble être une sorte de réflexe défensif de la trompe pour enclôtrer la lésion. Ajoutons que cet ostium se ferme de la même façon que dans le cas de salpingite, que celle-ci ait précédé ou suivi l'apparition du néoplasme.

Dans les observations de Raabe, Latzko et Schwartz l'ostium abdominal s'ouvrait dans un kyste ovarique, mais il peut quelquefois aussi se fixer à l'ovaire.

L'ostium utérin est souvent perméable, ce qui permet

l'écoulement du liquide contenu dans l'oviducte. Fréquemment cet écoulement est intermittent, soit que l'orifice se trouve en partie obturé par des fragments de la tumeur, soit que le liquide, pour s'évacuer, doive acquérir une certaine tension : c'est le phénomène bien connu de « l'hydrops tubæ profuens » dont nous étudierons plus loin l'importance diagnostique.

Etat des organes voisins

L'ovaire est souvent altéré. Il serait, d'après Doran scléro-kystique dans 10 % des cas ; ce fait a été noté dans les observations de Egon Kittler, Karl Heil et dans un de nos cas.

Fréquemment l'ovaire est envahi par le néoplasme (Amreich, Beck, Bultemann) et parfois de façon précoce (Bourrély). Il était inclus dans la masse néoplasique et ne fut pas retrouvé dans le cas de Routier et dans un de Quénu et Longuet. Lorsqu'il y a ainsi formation d'un bloc unissant l'ovaire et la trompe, il faudra se baser, pour établir l'origine du cancer sur les faits suivants : en général les épithéliomas de l'ovaire édifient des végétations bien plus volumineuses que celles de la trompe ; l'ascite est précoce et fréquemment notée. L'examen histologique sera souvent d'un utile secours ; il montrera dans le cas de cancer de l'ovaire des cellules envahissantes qui ont gardé leurs caractères bien particuliers. Ajoutons aussi que ce néoplasme a une évolution plus rapide que celui de l'oviducte.

L'utérus peut être envahi à sa face directe, soit par

fixation sur la séreuse de noyaux cancéreux expulsés par l'ostium abdominal.

L'envahissement peut aussi se faire par la muqueuse ; cette éventualité est très fréquente en raison des mouvements péristaltiques de la trompe entraînant des débris néoplasiques et en raison du passage de l'hydrorrhée. La métastase se produit en général au niveau du corps au voisinage de l'ostium (Favreau, Egon, Kittler, Estève), rarement au niveau du col (Jacobs, Lecène et dans le deuxième cas du docteur Douay).

Les ganglions pelviens sont souvent atteints, de même que les ganglions prévertébraux et mésentériques. Dans les observations de Rosthorn et dans une de Biar, les ganglions inguinaux et sus-claviculaires étaient hypertrophiés ; il est certain que dans ces cas l'intervention est toujours trop tardive. Duret signale dans son observation que les ganglions ont régressé après l'intervention.

Le néoplasme s'étend souvent au péritoine pelvien, déterminant des lésions de péritonite adhésive et formant « un plastron solide, induré » (Macrez). La tumeur peut envahir aussi le tissu cellulaire pelvien (Doran), le ligament rond (Favreau), le ligament large (Friedenheim, l'épiploon, l'intestin (dans le premier cas du Dr Douay), l'appendice (dans le même cas), le rectum (Favreau, Egon, Kittler), l'estomac, la vessie. On a même signalé des noyaux de dissémination dans le foie (Dierner), le diaphragme, le rein (Coulaud), le cœur, un noyau rétro-auriculaire (Vest).

La propagation par voie lymphatique est très fréquente. C'est ainsi que dans le cas de Ruge, la métastase se

limite à la musculature externe ; dans celui de von Fraenkel, l'utérus, sain en apparence au moment de l'opération était peu de temps après le siège d'une métastase.

Peut-il y avoir envahissement du néoplasme par la voie sanguine ? C'est l'opinion du Dr Lecène qui a trouvé une métastase au niveau de l'utérus et de l'ovaire opposé (le fait a du reste été signalé de nouveau par Ruge, Beck et Orzechowski).

« Il est infiniment vraisemblable que cet envahissement secondaire s'est fait par la voie sanguine (veineuse rétrograde probablement) et non par la voie lymphatique » (Lecène). Ruge ne partage pas cette opinion et pense que l'apparition de ces métastases par voie lymphatique est beaucoup plus probable.

Ascite

Elle est signalée dans une quinzaine d'observations dont trois font partie des 29 récentes relevées dans notre étude, mais sauf dans le cas de Duret où elle nécessita plusieurs ponctions et dans un cas de Beck, elle n'a jamais été considérable. Lorsque l'ostium abdominal est ouvert, on peut concevoir que les végétations secrétant un liquide colloïde le déversent dans le péritoine (Le Count), mais souvent alors que cet orifice est perméable l'ascite fait défaut. Il semble donc plus rationnel d'admettre qu'elle est due à la réaction du péritoine dès l'apparition à son niveau de noyaux métastatiques (Pozzi).

Dans un cas de Doran on notait en même temps que de l'ascite un épanchement pleural qui disparut après l'extirpation de la tumeur.

Etude histologique

A un premier stade, le néoplasme se compose de tubes épithéliaux qui ont proliféré à la surface de la muqueuse. Dans ce cas, le doute est possible avec l'épithélioma ; c'est d'ailleurs ce qui se produit dans les cas de Kaltenbach et de Doléris où l'évolution clinique seule montra la nature maligne de la tumeur.

A un degré plus avancé, les néoformations malignes multipliées au niveau de la muqueuse envahissent les couches de la musculuse (Pilliet, Danel) et peuvent même traverser la séreuse (Tuffier). Les boyaux épithéliaux s'enchevêtrent les uns dans les autres et bouleversent entièrement les parois de la trompe.

« Au dernier stade de malignité enfin, nous aboutissons aux productions épithéliales diffuses. Tantôt elles gardent un certain aspect tubulé, rappelant leur origine, tantôt les cordons épithéliaux sont pleins répondant à la description du carcinome » (Quénu et Longuet). Les éléments néoplasiques sont cubiques ou polygonaux, parfois fusiformes, déformés par pression réciproque. La trame conjonctive est de peu d'importance.

Nous tenons à insister sur ce fait que la muqueuse peut être déjà infiltrée de cellules cancéreuses alors qu'elle paraît encore saine à l'œil nu (Danel). Dans le cas de Friedenheim, elle était indemne même au niveau de la néoplasie ; il devait sans doute s'agir d'une tumeur à point de départ sous-muqueux, ainsi que le fait a été observé au niveau du tube digestif.

Nous distinguerons deux sortes d'épithéliomas de la trompe : l'épithélioma cylindrique typique et atypique.

1) EPITHELIOMA CYLINDRIQUE TYPIQUE.

Il revêt en général un aspect papillaire. La tumeur est constituée par de larges cavités dont les parois présentent des végétations recouvertes de cellules dont quelques-unes ont gardé le type cylindrique originel. Le revêtement épithélial des papilles était unistratifié dans les cas de Kaltenbach, Fonyô et dans un cas de Biar. Il était pluristratifié dans les observations de Boursier où il présentait jusqu'à dix couches, et de Le Balle où il en présentait jusqu'à quinze.

En général, dans ces cas, la forme des cellules plus ou moins cylindrique au niveau des couches profondes devient très irrégulière, polygonale, allongée en raquette au niveau des couches les plus superficielles.

Les cellules épithéliales ont quelquefois gardé leurs cils vibratiles. « Ce qui est frappant, dit Fonyô, c'est que les boyaux cancéreux pénétrant dans la couche musculaire sont relativement rares, alors qu'ils se propagent surtout vers la lumière tubaire ». Dans un cas de Pilliet, les cellules cylindriques avaient subi par places la dégénérescence colloïde.

2) EPITHELIOMA METATYPIQUE (CARCINOME).

Il n'en est souvent qu'un aboutissant du précédent et c'est la forme la plus fréquemment observée (Quénu et

Longuet). La tumeur est constituée par des alvéoles à parois plus ou moins épaisses remplies de cellules ne rappelant plus le type initial, et en état de prolifération plus ou moins active, selon le degré de malignité du néoplasme.

Dans une même pièce, on trouve en général, à côté de cellules d'épithélioma atypique, des cellules d'épithélioma typique.

« Les cellules épithéliales, dit le P^r Lecène, sont souvent cubiques, à protoplasma faiblement coloré, à noyau volumineux, hyperchromatique, souvent en division indirecte atypique ; en général les cellules sont tassées les unes contre les autres et forment des boyaux pleins infiltrés en tous sens ». De nombreux auteurs signalent cet aspect parmi lesquels, Etraler, Bekmann, Latzko.

Les boyaux épithéliaux sont tantôt creusés d'une lumière centrale plus ou moins régulière, tantôt pleins. Ils sont formés de cellules à contour mal défini présentant souvent des signes de dégénérescence acidophile, mais dont parfois les affinités tinctoriales ne sont pas modifiées.

La disposition des éléments néoplasiques ayant perdu tout caractère propre, dont la membrane cellulaire est disparue et dont on ne voit plus que les noyaux volumineux à réseaux chromatiques et à nucléoles très colorables peut rappeler l'aspect du sarcome. Signalons que cet aspect joint, dans des cas très rares à la prolifération abondante du tissu conjonctif de soutien, a fait écrire à certains auteurs (Penkert, Scheffzeck, Eglington) des tumeurs de sarcome et d'épithélioma associés alors

qu'il s'agissait vraisemblablement d'épithéliomas. En 1927, Motta a décrit une tumeur à la fois « épithéliomale et sarcomateuse » que nous n'avons pu ranger parmi les cancers primitifs de la trompe, faute de renseignements suffisants.

L'épithéliome métatypique peut parfois présenter un aspect pavimenteux. Le fait est signalé par Kleinhauss et par Schröder qui dit « qu'aussi bien dans la trompe que dans le corps utérin, il peut se produire des cancers à cellules pavimenteuses ». Il convient de faire remarquer que dans la plupart des cas où il est signalé, ce type n'apparaît que par places.

Cette forme de cancer tubaire a été retrouvée par Barrett et L'Espérance en 1916 et en 1917. En 1922 également, Amreich étudie un carcinome alvéolaire à petites cellules pavementenses, très abondantes et pauvres en tissu conjonctif : « Il faut admettre, dit-il, que les cellules épithéliales cylindriques de la trompe se sont mé-taplasées en épithélium pavimenteux avant l'évolution carcinomateuse ». Orthmann avait décrit, très avant Amreich, deux cas semblables.

Au point de vue anatomo-pathologique, notre première observation est particulièrement instructive. La malade qui fut opérée sept mois environ après l'apparition des premiers signes présentait une tumeur encore dans sa période « de nidation intra-tubaire ».

La tumeur débute près de l'ostium abdominal par un papillome typique, comportant un stroma qui supporte des cellules cylindriques et claires avec des figures de

mitoses normales, mais le passage de la muqueuse saine à la tumeur est impossible à localiser.

Ensuite, nous sommes en présence d'un épithélioma formé d'épaisses papilles conjonctivo-vasculaires, recouvertes d'un épithélium cylindrique plus ou moins stratifié. Ce deuxième stade se caractérise souvent aussi par une chromatophilie plus intense. Enfin, parmi ces proliférations en excroissances massives, compactes, d'autres sont creusées de lumières pseudo-glandulaires, souvent irrégulières, dont les cellules disposées sans ordre envahissent la sous-muqueuse : c'est l'adéno-carcinome. Ce stade final semble résulter du second par nécrose de tous les éléments trop éloignés des vaisseaux.

Cette étude permet donc de démontrer, au défilé cinématographique du microscope, que l'évolution de la lésion varie bien comme l'écrivait Eckardt, « de l'adénome au carcinome ». Fearne et Doran considéraient cette transformation comme probable, mais elle était contestée en 1909, par le P^r Lecène qui la considérait « invérifiable » et par Ollivier et Martin, en 1921.

STROMA

Il est peu développé dans la grande majorité des cas.

L'infiltration lympho-plasmatique et l'apparition de néo-vaisseaux sont notées dans les observations de Danel. Dans une de Vest, la réaction leucocytaire était considérable ; dans une deuxième, elle n'intéressait que la couche musculaire.

Quénu et Longuet, dans leurs deux cas, signalent la présence de globules rouges plus ou moins altérés. Ollivier et Martin décrivent un stroma très inflammatoire comprenant du tissu conjonctif semé de plasmocytes en amas ou disséminés et de nombreux néo-capillaires.

Étiologie et Pathogénie

Au sujet de l'étiologie de ces tumeurs, trois facteurs doivent retenir notre attention : ce sont l'âge, les antécédents gynécologiques et obstétricaux. Nous étudierons aussi le rôle des inflammations chroniques dans la genèse du cancer primitif de la trompe.

AGE.

Environ la moitié des cas de cette affection s'observent de 40 à 50 ans. Parmi les 29 observations que nous avons recueillies, l'âge est mentionné 21 fois. Dans 10 cas, la tumeur est apparue entre 40 et 50 ans, dans 5 entre 50 et 60, dans 4 entre 30 et 40 ans. La malade la plus âgée avait 52 ans, la plus jeune 24.

Sur la statistique générale des 242 cas connus, l'âge est mentionné 194 fois. Le cancer s'est présenté :

- 100 fois de 40 à 50 ans.
- 52 fois de 50 à 60 ans.
- 27 fois de 30 à 40 ans.
- 9 fois au-delà de 60 ans.
- 6 fois au-dessus de 30 ans.

PASSÉ OBSTÉTRICAL.

Un grand nombre de ces malades ont été enceintes au moins une fois ; certaines l'avaient été jusqu'à 7 et 8 fois, mais « peu de multipares sont atteintes du cancer des trompes » (Danel).

En général, la dernière grossesse ou la grossesse unique remonte à une date assez éloignée. Elle est de 10 à 15 ans en moyenne et dans un cas elle avait eu lieu 26 ans auparavant. Dans les observations recueillies par nous, la grossesse est signalée 11 fois et dans 8 de ces cas, les malades avaient eu chacune deux enfants au moins ; dans 7 cas, il s'agissait de multipares.

Les avortements sont parfois signalés ; le plus ancien relevé dans la statistique de Biar remontait à 26 ans avant l'apparition de la tumeur ; il remontait à 20 ans dans le cas de Hegon Kittler. Par contre, dans une observation de Biar, il précédait de 8 mois seulement les premiers signes du cancer.

Le rôle du passé obstétrical apparaît donc assez incertain. Il faut faire remarquer cependant que le cancer évoluant de façon insidieuse est peut être plus rapproché qu'on ne croit de la date de l'accouchement ou de l'avortement.

Nous devons ajouter aussi que ceux-ci se sont accompagnés assez souvent d'infection puerpérale.

PASSÉ GYNÉCOLOGIQUE.

Il semble que la menstruation soit de peu d'importance dans la pathogénie du cancer de la trompe (Quénu et Longuet). Doran est plus encore catégorique quand

il dit que « l'historique de la menstruation si important dans d'autres maladies n'a pas de valeur pour le cas actuel ».

Des 115 cas réunis par Anduze-Acher, une seule malade avait présenté des irrégularités menstruelles très nettes : il s'agissait de celle du P^r Mériel ; le même fait est signalé dans une de nos observations.

La ménopause est mentionnée 71 fois. Elle s'est produite depuis 6 mois dans 3 cas, depuis 19 ans dans un cas, en moyenne de deux à cinq ans avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

LÉSIONS INFLAMMATOIRES CHRONIQUES

Pour Säger et Barth, en 1895, une salpingite précède toujours le développement de la tumeur : « Il y a, dit-il, au point de vue pathologique général, un fait très important, c'est la preuve certaine, et qui ne supporte aucune exception, de la formation du carcinome sur une base chroniquement enflammée... Cette salpingite peut avoir été purulente, mais elle ne l'est plus et a duré depuis un temps très long ».

Doran, Orthmann, Ebert, le P^r Lecène et Banister sont aussi partisans de la théorie inflammatoire.

D'autre part Zangemeister, Quénu et Longuet, Forgue et Massabuau s'élèvent contre l'origine inflammatoire unique de ces tumeurs, sans nier cependant le rôle prédisposant des infections chroniques. Quénu et Longuet fournissent contre la théorie de Säger et Barth deux

objections de grande valeur : la première c'est que la salpingite (notée dans un tiers des cas environ) peut être secondaire, car, dit-il, « les néoplasies à développement papillaire s'infectent souvent et infectent ensuite la muqueuse ». De même que le cancer du col de l'utérus s'accompagne d'inflammation de la muqueuse du corps, de même la trompe qui dérive aussi des canaux de Müller, réagirait de façon identique.

En second lieu l'infection fait défaut dans certaines observations (Boursier et Venat, Quénu et Longuet et dans notre premier cas).

Doléris pensait que le premier effet du processus inflammatoire serait d'altérer la contractilité de la couche musculaire de l'oviducte, ce qui empêcherait la poche kystique de se vider de son contenu.

Quoi qu'il en soit, l'hypothèse de Sängér et Barth semble renfermer une grande part de vérité, car elle rapproche ce qui se passe au niveau de la trompe de ce que l'on observe au niveau d'autres organes, que leur inflammation prédispose au cancer. C'est aussi l'opinion de M. le P^r J.-L. Faure : « Il paraît certain que ces tumeurs ne se développent guère que chez les femmes qui ont présenté pendant longtemps des lésions de salpingite chronique. Il n'y a là rien que de fort naturel et l'on connaît bien l'influence qu'ont les irritations et les infections chroniques sur la genèse des néoplasmes... »

Dans un certain nombre de cas, en même temps que l'épithélioma tubaire, on note la présence d'un fibrome utérin (Estève) ou d'un kyste de l'ovaire (1^{er} cas du D^r Douay). Or, dans sa thèse, Poinot a montré que la vita-

lité de l'épithélium de la trompe varie sous l'influence de ces tumeurs et qu'elle se caractérise par une plus grande activité productrice des cellules de la muqueuse, principalement au niveau de l'ampoule. Il est possible que la présence d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome soit une prédisposition à la prolifération épithéliale cancéreuse (Mœnch).

Enfin, dans des cas sans doute fort rares, il paraît vraisemblable d'admettre que c'est aux dépens des débris embryonnaires des canaux de Wolff que se formeraient les épithéliomas tubaires, comme cela se voit en d'autres points du petit bassin. « Il y a là, dit Herrenschildt, des cellules en hétéropie vestigiaire tout à fait comparables aux cellules modifiées par les inflammations chroniques ou englobées dans les tissus cicatriciels ».

Symptomatologie

La douleur et la leucorrhée forment le fond des symptômes observés au cours de l'épithélioma primitif de l'oviducte, mais ces deux signes sont souvent d'interprétation difficile. C'est seulement quand le tableau clinique de l'affection est au complet, qu'il permet, comme nous le verrons plus loin, sinon de poser un diagnostic ferme, du moins d'avoir de fortes présomptions sur l'existence d'une tumeur maligne de la trompe.

Le début est souvent insidieux, mais on peut quelquefois en connaître la date assez exacte d'après l'apparition du premier signe qui a frappé la malade. Ce premier symptôme datait de quinze jours seulement dans le cas de Pinsohn, de trois mois dans celui d'Egon Kitler et de deux mois dans notre troisième observation.

Nous étudierons successivement les symptômes fonctionnels, les signes généraux et physiques du cancer primitif de l'oviducte.

Symptômes fonctionnels

Il convient de souligner ce fait que le cancer de la trompe, à l'inverse de bien des cancers, peut être douloureux au début ; aussi voit-on quelquefois des femmes

consulter à une période de l'affection où l'intervention chirurgicale peut donner de bons résultats (cas de Le Balle).

Ces douleurs sont dues, d'après Kehrer, aux adhérences et à la distension de la paroi tubaire par le néoplasme et le liquide sécrété, surtout si les orifices sont obturés. Elles sont dues aussi, très souvent, à l'envahissement des troncs nerveux et de leurs terminaisons par le processus cancéreux.

Dans leur intensité, elles peuvent présenter tous les degrés « depuis la simple pesanteur pelvienne, jusqu'aux coliques salpingiennes les plus vives » (Quénù et Longuet). Elles prennent parfois le type de douleurs expulsives ou de crampes comme dans le cas de Wienbrenner et peuvent ressembler aussi à celles qui se produisent au cours de la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire (Sänger).

Le siège de ces douleurs qui peuvent être spontanées ou provoquées est uni ou bilatéral ; elles sont notées surtout au pelvis, à l'hypogastre (Favreau, Schlaak, Pinsohn) et à la fosse iliaque (Cullingworth, Hofbauer, Boursier). De là, elles irradiant vers le sacrum, la région lombaire, l'estomac (Kattentach), les membres inférieurs (Biar). Elles sont souvent continues, avec paroxysmes se produisant au moment des règles dans le cas de Egon Kittler, avant les règles dans un cas de Biar.

La leucorrhée est un peu moins constante que la douleur. Elle est notée cependant très fréquemment et présente, de ce fait, une grande importance (Doran). En effet, à l'âge habituel où se présentent ces malades, les

salpingites déjà anciennes ne donnent plus lieu à des écoulements. Ceci a une importance telle que lorsqu'on note « les signes d'une salpingite kystique, peu douloureuse, mais avec un écoulement persistant, encadrée d'une évolution apyrétique, l'esprit doit être mis en éveil vers le diagnostic de cancer possible de la trompe » (Le Balle).

Cet écoulement, en général fétide, est fréquemment séreux et rosé, Kehrer, Meyer, Egon Kittler, Bulteman, dans nos trois cas), il peut être aussi séro-sanguinolent, hémorragique, comme dans le cas de Lecène où ces pertes étaient si fréquentes que la malade ne savait plus si elle était réglée. Il peut être encore séro-gommeux, filant, jaunâtre (et se produisant surtout la nuit, dans l'observation de Dignard), jaune citron (Routier), rousâtre, exceptionnellement purulent (Rosthorn). Notons que la teinte de ce liquide peut varier chez la même malade.

L'écoulement peut être continu ou intermittent. Il prend, dans ce dernier cas, une importance capitale et représente à coup sûr l'un des meilleurs signes révélateurs du carcinome de la trompe. C'est sur ce signe que nous voudrions particulièrement insister car, en général, son étude n'a pas été suffisamment approfondie, dans les observations publiées récemment. Il était signalé dans 37 % des cas de la statistique de Doran et cet auteur affirme qu'il a dû se présenter bien plus souvent, mais qu'il n'a pas été observé.

En 1927, Barrows qui l'a noté chez ses trois malades

lui attribue une grande valeur ; rappelons aussi qu'il a été observé dans nos trois cas.

Cet écoulement offre les mêmes caractères de coloration que lorsqu'il est continu, clair et transparent au début, teinté de sang et souvent épais un peu plus tard. L'hydrorrhée intermittente se présente sous la forme de décharges liquidiennes souvent abondantes, s'accompagnant de cédation des douleurs. « Ce signe précoce, dit le D^r Douay, à propos d'un de nos cas, s'est présenté avec une netteté impressionnante. Si j'en avais alors soupçonné la valeur diagnostique, j'aurais opéré plus tôt ma malade ».

Après la cessation de l'écoulement, les douleurs réapparaissent, en même temps que la tumeur augmente de volume, et, brusquement, se produit une nouvelle évacuation séreuse. Parfois le liquide s'écoule à petits flots et s'accompagne de diminution progressive des douleurs.

Lorsqu'on soupçonne l'existence d'un cancer de la trompe, il faut donc porter toute son attention à la recherche de ce signe. Il semble d'ailleurs très précoce, traduisant ce que Le Balle et Patay appellent justement le « cri d'alarme de la trompe ».

« Malheureusement, disent Quénu et Longuet, ce symptôme n'est pas spécial aux néoplasmes épithéliaux, puisqu'on peut l'observer aussi dans les salpingites ». Il se produit également dans le cas de tumeur bénigne de la trompe, d'après Guillemain et Morlot. Mais ces faits sont exceptionnels et l'expérience a montré — nos observations en fournissent des preuves nouvelles — que

l'hydrorrhée intermittente s'observe surtout dans le cas de cancer primitif de la trompe.

Les ménorragies sont parfois notées (observations de Teubner, Thaler, Bretschneider, Biar) ; dans certains cas elles persistent jusqu'à quinze jours.

Les métrorragies, d'abondance variable, sont signalées, parmi les observations récentes, dans les cas de Beck, Florio, Karl Heil, Steinweg et Bulteman, mais, d'une façon générale, on peut dire « qu'à l'inverse du cancer du corps de l'utérus, le cancer de la trompe saigne peu » (Le Balle et Patay).

La dysménorrhée a été observée notamment par Neugebauer, Biar et Florio. L'aménorrhée a duré trois mois dans le cas de Fischel, six mois dans celui de Russel-Andrew, neuf mois dans un cas de Biar.

On a signalé aussi de la pollakiurie (Estève), de la disurie (Ries), de la rétention d'urine dans le cas de Karakoz et dans un cas de Bourrély où elle fut le premier symptôme de la maladie.

Quelques auteurs mentionnent l'envahissement du rectum. Il se traduit par des troubles de la défécation et dans deux cas on a noté l'existence de fistules tubo-rectales. Ces fistules peuvent nécessiter une intervention et l'application de sondes rectales.

Signes généraux

Dans des cas très rares, l'atteinte de l'état général est le premier signe remarqué par la malade. Elle survient en général tardivement et se manifeste par la perte des forces, la pâleur de la peau et des muqueuses et un amaî-

grissement qui peut aller quelquefois jusqu'à la cachexie la plus complète (Landau et Rheinsteint).

La fièvre était signalée dans cinq cas de la statistique de Bourrély, mais dans trois de ces cas, elle est expliquée par toute autre chose que le cancer et il est probable que dans les deux autres elle était due à l'infection secondaire.

Signes physiques

La présence d'une tumeur au niveau de la trompe a été signalée dans presque tous les cas.

Elle est souvent pelvienne, rarement abdominale et alors parfois facilement décelable au palper, ainsi que le fait avait déjà frappé Cullen. Nous avons vu qu'elle peut être unie ou bilatérale, de volume et de forme variables. Comme elle siège surtout au niveau des deux tiers externes de l'oviducte, elle est souvent distincte de l'utérus qu'elle refoule parfois.

A l'inspection, elle peut se manifester par une augmentation du volume de l'abdomen (Herbert Spencer).

Le toucher vaginal combiné au palper permettra d'apprécier les dimensions et la fixité du cancer.

Le toucher rectal doit être pratiqué pour examiner la face postérieure de la tumeur et l'envahissement de la paroi du rectum le cas échéant.

Il est très important de rechercher aussi le retentissement ganglionnaire, surtout à la région inguinale.

L'ascite a été notée dans une de nos observations, au cours de la deuxième intervention. Parmi les 29 cas ré-

cents, elle est signalée 3 fois, mais chez une de ces malades sa quantité atteignait à peine 25 cc. Elle semble être un signe tardif de l'affection. Dans le cas d'Herbert Spencer elle s'accompagnait d'œdème des membres inférieurs et de dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

Diagnostic

Le défaut de netteté que présente souvent le tableau clinique de ce cancer, d'une part, sa rareté d'autre part, font que dans l'immense majorité des cas le diagnostic n'en a pas été fait. Il n'a été porté de façon formelle que dans quatre cas : celui de Falle après examen histologique du liquide recueilli par ponction exploratrice ; celui de Zweifel, reconnu parce que peu auparavant l'auteur avait extirpé une tumeur semblable « en forme de saucisson » de nature cancéreuse. Cest et Kustner établirent ce diagnostic en se basant sur l'existence du signe de l'hydrorrhée intermittente. Von Franqué et Graefe firent seulement un diagnostic de probabilité.

En général, le cancer de la trompe est confondu avec une annexite chronique.

D'autres fois on a fait le diagnostic de kyste ou de cancer de l'ovaire, de métrite avec annexite ancienne (Le Balle), de grossesse extra-utérine (Beck), de myome utérin, voire même d'ascite libre et de coliques intestinales.

Le diagnostic des localisations secondaires est fait assez souvent, mais le véritable intérêt clinique et théra-

peutique consisterait à déceler la tumeur tubaire avant l'apparition de métastases.

Dans la majorité des cas, les signes cliniques sont les mêmes : il s'agit de femmes qui se plaignent de douleurs au niveau des annexes et qui présentent de la leucorrhée. Ces deux signes faisaient cependant défaut dans le cas de Delaunay; ce qui faisait dire à l'auteur que si dans ces conditions il avait fait le diagnostic « sa modestie eût eu beaucoup de peine à retenir les éloges mérités par sa sagacité ».

Lorsque la douleur et la leucorrhée persistent plus de deux semaines, malgré un traitement approprié, il faut faire sans tarder un curettage explorateur de l'utérus. L'examen histologique peut conclure à l'existence d'une métrite ou d'un cancer ; mais s'il est négatif, force est alors de localiser la lésion plus haut, c'est-à-dire au niveau de la trompe. Aussi dirons-nous avec Quénu et Longuet : « aux environs de la ménopause l'existence d'une tumeur annexielle jointe à un écoulement non purement sanglant, la démonstration préalable du siège non utérin de cet écoulement, voilà le syndrome susceptible de caractériser l'épithélioma tubaire ».

Jacobi prétend que l'asservissement rapide des adhérences et du volume d'une tumeur perçue au niveau du Douglas, sans phénomènes fébrile, est un signe auquel il faut accorder beaucoup d'attention. Ce fait a été noté dans une de nos observations.

Pour confirmer le diagnostic, Falk a proposé la ponction exploratrice lorsque la tumeur se trouve au niveau du Douglas. Labusquière, Mériel et Vest sont du même

avis, mais Eckarat la déconseille car lorsqu'il s'agit d'une collection suppurée, on risque de provoquer une péritonite par perforation et l'ensemencement néoplasique s'il s'agit d'un cancer. Ce procédé paraît donc très discutable et a été d'ailleurs peu employé ; tout au plus pourrait-on y avoir recours dans le cas où les présomptions sont nombreuses et bien établies (Peham).

Il ne serait guère besoin d'ajouter qu'il y aura le plus grand intérêt à faire des examens anatomo-pathologiques fréquents du liquide évacué par les trompes. Dans les cas où ce liquide est rare Karl Heil signale qu'on pourra souvent le recueillir en dilatant légèrement le col de l'utérus.

Enfin, nous tenons à insister à nouveau sur la recherche du phénomène. L'hydroporrhée intermittente, ce mode d'écoulement, disaient Quénu et Longuet, est « très spécial au salpinx » et pour cette raison présente une grande importance pour le diagnostic.

Pronostic

Si la malade n'a pas été opérée en temps utile, l'altération de l'état général devient très marquée; le cancer se propage aux organes voisins et la terminaison fatale survient dans un profond état de cachexie.

Il est difficile de fixer la durée de la maladie, car celle-ci est très variable : elle a été de 13 ans dans le cas d'Eglinton, de 18 ans dans celui de Savor, mais assez souvent l'évolution est rapide comme dans deux cas de Biar.

Parmi les 29 observations recueillies par nous, dans 9 cas les malades revues à des intervalles variant de 4 mois à 16 mois (Le Balle) semblaient guéries.

Mais il faut savoir que l'épithélioma primitif de la trompe dont Doran considérait le pronostic « assez favorable » est en réalité une affection extrêmement redoutable. Les récidives sont fréquentes et apparaissent parfois de façon précoce, en moyenne de six mois à deux ans après l'intervention. Ceci tient sans doute à la rapide diffusion du cancer surtout par la voie lymphatique ; c'est ainsi que dans le cas de Rosthorn la récidive se produisit malgré le peu d'importance du foyer primitif.

Barrons en 1927 conclut lui aussi à la grande malignité de l'affection et prétend que les récidives se produisent dans la moitié environ des cas opérés.

Traitement

La seule conduite rationnelle à tenir en présence d'un épithélioma primitif de la trompe, c'est l'extirpation utéro-annexielle (Quénu et Longuet). Duret lui-même, avouait en 1899 que la salpingectomie « pourtant désirable » ne trouvait d'indications que dans les cas bien rares où le diagnostic était porté de façon précoce.

Le P^r Lecène, après l'exposé de son observation dit : « qu'en cas d'opération pour lésions annexielles anciennes très adhérentes et d'aspect macroscopique douteux, l'hystérectomie totale s'impose... Elle supprime tout l'appareil génital interne qui peut être le siège de métastases interstitielles dont l'examen des organes, au cours de l'acte opératoire, ne permettrait pas de soupçonner l'existence ».

Fonyô, Doderlein et Krönig sont du même avis.

Le traitement du cancer de la trompe par le radium tenté pour la première fois par Warner et Teutschlander en 1913 a été repris par Thaler et dans notre deuxième cas, le radium est utilisé surtout en applications post-opératoires au contact des zones suspectes ; les résultats obtenus semblent favorables.

Au cours de ces dernières années, les gynécologues al-

lemands ont surtout fait appel à la Röntgenthérapie. Ce mode de traitement a été employé dans 9 des 29 cas recueillis par nous, toujours après l'intervention. A l'heure actuelle, il est difficile de porter un jugement sur la valeur thérapeutique des rayons X dans le cas de néoplasme tubaire, en raison du nombre assez faible des malades traitées et des résultats peu probants signalés jusqu'ici.

De ces considérations, il résulte que le radium et la Röntgenthérapie ne sauraient être employés que comme adjuvants du traitement opératoire. Celui-ci sera l'hystérectomie totale ou subtotale avec évidemment du col et curettage ganglionnaire aussi complet que possible. Cette intervention est légitimée par la fréquence des récidi-
ves du côté opposé. L'extension des lésions est d'autant plus à craindre que l'autre trompe peut paraître saine alors qu'elle est déjà atteinte (Rosthorn).

Pour conclure ce chapitre du traitement du cancer primitif de la trompe de Fallope, nous ne pouvons mieux faire que de donner l'opinion de M. le P^r J.-L. Faure. D'après lui, ce traitement consiste « à extirper les lésions aussitôt qu'elles seront reconnues. La récidi-
ve est, en effet, fréquente lorsqu'on se trouve en présence de la forme épithéliale et que les végétations ne sont plus renfermées dans la trompe distendue. On a donc tout intérêt à pratiquer des opérations précoces. On doit, comme pour tous les cancers, extirper la trompe malade tant qu'il n'est pas évident qu'elle n'est pas extirpable. Cette opération ne diffère en rien d'une laparotomie ordinaire pour salpingite kystique ou tumeurs ovariennes ».

Observations

OBSERVATION DU D^r LE BALLE

Mme S..., 44 ans. Réglée à 11 ans ; règles normales. Mariée en 1911, mais n'a pas eu d'enfant, ni de fausse-couche. Il y a 12 ans, quelques irrégularités menstruelles et métrite.

La malade est examinée pour la première fois par le D^r Le Balle, le 20 juillet 1928. Depuis 5 mois, elle se plaint de règles un peu irrégulières accompagnées d'écoulements leucorrhéiques, clairs et abondants. En dehors des périodes menstruelles, les pertes blanches ne sont pas teintées de sang et sont surtout gommeuses. L'état général est assez bon.

L'examen gynécologique montre au toucher un col peu volumineux ; le corps de l'utérus est légèrement latéroversé, à droite et attenant à des annexes droites épaissies. Au niveau du cul-de-sac droit, on sent une trompe du volume d'une grosse noix, assez régulière. On fait le diagnostic de métrite légère avec annexite ancienne.

Les écoulements persistent sous forme d'un flux abondant, séro-gommeux et on note une légère altération de l'état général.

Une laparotomie faite le 16 octobre 1927 permet de voir une trompe droite très augmentée de volume et unie à l'ovaire rejeté en arrière par un petit kyste séreux. La trompe gauche fusiforme est transparente par léger hydro-salpinx.

L'hystérectomie totale est pratiquée suivant le procédé de Relley.

Les suites opératoires sont excellentes. La malade a été revue 16 mois après l'intervention ; elles ne présentait aucun signe de récurrence locale ou de métastase ; l'état général est très bon.

Examen macroscopique de la pièce opératoire. — La trompe est parfaitement close, avec revêtement péritonéal complet. A l'incision, on est surpris de voir apparaître une tumeur arborescente, volumineuse, de coloration blanc-ivoire et de consistance molle. De la poche tubaire s'échappe un liquide citrin, gommeux. L'ostium utérin est perméable.

Examen histologique. — Une coupe longitudinale suivant l'axe de la trompe montre sur le bord du pavillon une muqueuse à peu près saine, mais au niveau de l'ampoule elle devient papillomateuse. Les cellules ont perdu leurs cils et se multiplient activement. Brusquement, dans la région ampullaire, après une courte bande d'épithélium simple, apparaît un cordon épithéliomateux qui envoie de multiples efflorescences dans la lumière de la trompe et une bague épithéliomateuse dans la sous-muqueuse. La tumeur est formée de tractus conjonctivo-vasculaires œdématisés, revêtus d'un épithélium stratifié, formé de 10 à 15 épaisseurs de cellules. Certaines de ces masses épithéliomateuses sont creusées d'orifices circonscrits par un épithélium simple ou peu stratifié. C'est à ce stade que les cellules présentent l'aspect le plus caractéristique de la tumeur maligne.

La réaction inflammatoire est faible ; l'ovaire correspondant est scléro-kystique.

OBSERVATION DU D^r DOUAY N° 4

Mme L..., 45 ans. Pas d'enfant. Règles normales. Hydrorrhée intermittente, inodore et rosée depuis août 1923.

Premier examen gynécologique en juin 23.

Petit hydrosalpinx gauche se développant de façon intermittente. En novembre 1923, l'hydrorrhée contient un peu plus de sang et en février 1924 la masse annexielle a grossi ; elle est kystique, fluctuante, indolore. Les pertes d'eau rosée sont devenues continuelles. Le diagnostic porté est celui d'hydrosalpinx. Le mois suivant, l'hydrorrhée s'arrête, mais la tumeur grossit et devient douloureuse.

Opération décidée et faite le 1^{er} avril 1924. Hystérectomie subtotala avec évidement du col. La masse annexielle gauche comprend la trompe distendue et un kyste de l'ovaire adhérent, à paroi mince, qui se rompt au cours de l'extirpation. Péritonisation et drain.

La trompe gauche est remplie de végétations pédiculées et blanches. L'examen histologique (P^r Champy) conclut à un épithélioma cylindrique avec métaplasie.

En février 1925, la malade présente une petite sécrétion intermittente par le col et on perçoit une petite induration latérale gauche. A un nouvel examen fait au mois d'avril, on sent une masse kystique gauche du volume du poing.

Nouvelle intervention. Ouverture d'une poche remplie de liquide avec quelques végétations friables. L'exérèse reste incomplète. Mickulicz et application du radium 48 heures après. Guérison apparente pendant un an et demi.

3^e opération le 27 octobre 1927. Résection d'une anse intestinale et de l'appendice envahis par le néoplasme.

En janvier 1928, on sent une masse dure à droite de l'ombilic ; elle régresse à la suite de plusieurs séances de radiothérapie profonde. En janvier 1929, apparition de diarrhée et d'ascite ; la malade se trouve dans un état très grave.

OBSERVATION DU D^r DOUAY, N^o 2

(INÉDITE)

Il s'agit d'une femme âgée de 58 ans, qui entre à l'hôpital Broca, dans le service de M. le P^r J.-L. Faure, le 30 juin 1925, parce qu'elle présente des pertes séro-sanguinolentes.

Mariée à 26 ans, elle n'a pas eu d'enfant, ni de fausse couche.

Apparition des règles à 15 ans ; toujours normales. Ménopause à 46 ans.

Il y a deux ans, la malade a présenté des pertes sanglantes qui ont persisté pendant un mois environ.

Depuis cette époque, le caractère de cet écoulement s'est modifié. Il n'est plus exclusivement hémorragique, mais filant, sanieux et se produit parfois de façon intermittente.

En même temps, depuis plusieurs mois sont apparues de vives douleurs siégeant au niveau de l'hypogastre et irradiant vers le dos.

L'éta général est bon.

Au toucher, on note la présence au niveau du cul-de-sac droit d'une masse latéro-utérine du volume d'une mandarine.

Par ailleurs, le col de l'utérus est entr'ouvert. En juillet on ramène à la curette quelques débris de muqueuse dont l'examen histologique révèle la nature cancéreuse. On fait le diagnostic de cancer du col avec annexite.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

L'intervention est décidée à la suite de ce diagnostic et est faite en juillet 1925. Hystérectomie abdominale totale avec drainage par Mickulicz. Suites opératoires excellentes : cicatrisation en 22 jours et la malade quitte l'hôpital en apparence guérie.

L'examen de la pièce opératoire est instructif. La partie externe de la trompe droite est méconnaissable et a le volu-

me d'une mandarine. Elle est réunie à l'utérus par la portion interne à peu près saine d'une longueur de trois à quatre centimètres.

La surface extérieure de la tumeur est bosselée, irrégulière et de couleur rougeâtre. L'ostium abdominal est très élargi, laissant échapper des débris de végétations. Un stylet introduit par la trompe traverse facilement l'ostium utérin.

Au niveau du col, on note la présence de plusieurs nodules irréguliers et saignants. On est frappé par le volume considérable de la tumeur tubaire et les faibles dimensions des nodules du col. Il est bien probable que le cancer a débuté au niveau de l'oviducte et s'est propagé ensuite à l'utérus.

L'examen histologique a été pratiqué par M. le P^r Champy qui conclut à l'existence d'un épithélioma tubaire. Les proliférations néoplasiques sont formées par une mince charpente conjonctive qui supporte des cellules cylindriques ressemblant assez aux cellules normales de la muqueuse tubaire. Souvent, ces cellules ne rappellent plus le type initial, sont tassées les unes contre les autres et présentent de nombreuses figures de mitoses anormales. Par endroit, des boyaux épithéliaux sont formés d'amas de cellules atypiques et en de nombreux points de la tumeur se trouvent des zones de nécroses et d'hémorragies.

Les cellules du néoplasme utérin présentent les mêmes caractères que celles de la tumeur de la trompe.

Cinq mois après l'intervention la malade est revenue à l'hôpital se plaignant à nouveau de douleurs abdominales depuis elle n'a plus reparu et a été perdue de vue.

Conclusions

I. — L'épithélioma primitif de la trompe de Fallope est une affection rare, mais il est certain que des examens histologiques répétés la révéleraient parfois alors qu'on ne croyait avoir affaire qu'à des annexites banales.

II. — Cette affection s'observe surtout entre 40 et 50 ans.

III. — Les deux symptômes les mieux connus de ce cancer étaient jusqu'à présent la douleur et la leucorrhée. Nos observations ont montré qu'il convient d'en ajouter un troisième bien plus spécial et peut-être aussi commun : c'est l'hydrorrhée intermittente, souvent de coloration rosée et rythmée par un syndrome douloureux très particulier.

IV. — Un autre point est établi, quant à l'anatomie pathologique de ces tumeurs, c'est qu'elles proviennent de la dégénérescence cancéreuse d'un papillome intratubaire.

V. — Enfin l'épithélioma primitif de la trompe de Fallope est d'une malignité extraordinaire ; les récidives en

sont très fréquentes, même après l'hystérectomie totale ou subtotale avec évidemment du col, qui constitue le traitement de choix de cette affection.

Vu le Doyen,

Vu le Président,

ROGER.

J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

1899. — MACREZ. — Tumeurs papillaires de la trompe de Fallope. — Thèse Paris.
1899. — DANIEL. — Essai sur les tumeurs malignes primitives de l'oviducte. — Thèse Paris.
1901. — BOURSIER et PENOT. — Revue de Gyn. et de chirurgie abdominale.
1901. — QUÉNU et LONGUET. — Revue de chirurgie. — Des tumeurs des trompes.
1906. — TÉDENAT. — Arch. provinciale de Chir., n° 3.
1909. — DELAUNAY. — Canc: pr. de la tr., Paris Chirurgical.
1909. — CARAVEN et LERAT. — Bull. de Soc. Anatomique.
1909. — GOSSET. — Annales de Gyn. et Obstétr., mai.
1909. — LECÈNE. — Annales de Gyn. et Obstétr., juillet.
1910. — DORAN. — Sélect. clin. Reports in Journ. of obstetr. and gyn. of the British Empire.
1911. — AUDUZE, ACHER. — Le cancer primitif de la trompe de Fallope. — Thèse Toulouse.
1912. — SENCERT. — Bulletin de la Soc. d'Obstétr. et Gynéc.
1913. — FONYO. — Primaères tubenkarzinom. — Zentralblatt für Gynäkologie.
1920. — THALER. — Monatsch. f. Gib. février.
1921. — OLLIVIER et MARTIN. — Cancer de la tr. — Lyon Médical.
1921. — DODERLEIN, KRONIG. — Operative Gynäkologie.
1922. — HASTING TWEEDY. — Carcinoma of the Fallopian tube. — The Dublin Journal of medical sciences.

1923. — GUILLEMIN et MORLOT. — Gynec. et Obstétrique, avril.
1923. — KHALMAN. — Primaères tubenkarzinom. Zentr. f. Gyn.
1924. — BIAR. — L'épithélioma primitif des oviductes. — Thèse Paris.
1928. — J.-L. FAURE, ARMAND SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 4^e édition, 1928.
1928. — DOUAY. — Précis de Gynécologie.
1929. — LE BALLE et PATAY. — Epithélioma primitif de la trompe de Fallope. — Gynécologie et Obstétrique, avril.

